

Formulario de inscripción o cambio de grupo en California

Escriba en letra de molde con tinta negra. Vea las instrucciones al dorso. Haga una copia para sus archivos.

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR

Nombre de la compañía

Número de grupo

Unidad de inscripción

Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)

Fecha de vigencia de la inscripción/cambio (mm/dd/aaaa)

A. MOTIVO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO (para ayuda, vea el cuadro de cambios)

Grupo nuevo: ☐ Sí ☐ No

☐ Contratación nueva (llene las secciones A, B, C, D)

☐ Inscripción abierta (llene las secciones A, B, C, D)

Plan de salud (marque uno) ☐ Plan HMO ☐ Plan con deducible ☐ Otro

☐ Pérdida de otra cobertura (llene las secciones A, B, C, D) ☐ Otro (especifique)

☐ Cambio de nombre (llene las secciones A, B, C, D) Desde: Hasta:

Fecha del evento (mm/dd/aaaa)

B. EMPLEADO ¿Ha sido alguna vez miembro de Kaiser Permanente? ☐ Sí ☐ No

N.º de historia clínica (si lo conoce)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección residencial

Teléfono del trabajo

Etnia (Ej.: latino, indígena norteamericano)

N.º de Seguro Social

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Ciudad

Teléfono del hogar

Idioma de preferencia

Sexo ☐ M ☐ F

Código postal

Correo electrónico

C. FAMILIA Para dependientes adicionales, adjunte otra hoja con el nombre completo del empleado en la parte de arriba. (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica

Sexo ☐ M ☐ F

Nombre del cónyuge/pareja doméstica:

Apellido anterior (si tuvo alguno):

☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Hijo ☐ Estudiante

Sexo ☐ M ☐ F

Nombre del dependiente:

Parentesco:

☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Hijo ☐ Estudiante

Sexo ☐ M ☐ F

Nombre del dependiente:

Parentesco:

☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Hijo ☐ Estudiante

Sexo ☐ M ☐ F

Nombre del dependiente:

Parentesco:

N.º de Seguro Social

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

N.º de historia clínica

¿Alguno de los dependientes vive en otra dirección? ☐ Sí ☐ No Si responde que sí, llene lo siguiente:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):

Dirección:

D. Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y Kaiser Permanente Insurance Company*

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal de demandas de menor cuantía, las reclamaciones sujetas a un proceso de apelación de Medicare y, si estoy inscrito en una cobertura que está sujeta a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA, o cualquier reclamación que no puede estar sujeta al arbitraje obligatorio bajo las leyes vigentes), toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas (por un lado) y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC),* cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas (por otro lado) por la supuesta violación de cualquier deber que se surja o esté relacionado con su calidad de miembro de KFHP o su cobertura de KPIC, incluida cualquier reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indique que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad de las instalaciones, o relacionados con la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda ni recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente proporcione una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso de arbitraje vinculante. Entiendo que el Certificado de Seguro (Certificate of Insurance) y la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage) incluyen todas las disposiciones del arbitraje.

*El arbitraje obligatorio no se aplica a las disputas asociadas a cualquiera de los siguientes productos de KPIC: 1) Niveles 2 y 3 del plan Punto de Servicio (Point-of-Service, POS); 2) los planes de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y los planes de Indemnización Fuera del Área (Out-of-Area Indemnity, OOA); y 3) los planes dentales de KPIC.

Firma obligatoria para todos los planes de Kaiser Permanente (No incluye KPIC PPO, KPIC OOA y los planes dentales de KPIC)

Fecha

88307

Revision date 09/2013



Formulario de inscripción o cambio de grupo en California

Instrucciones generales

- 1. Escriba legiblemente en letra de molde con tinta negra, presionando firmemente.
- 2. Para inscribirse, el suscriptor debe vivir o trabajar en uno de los códigos postales que figuran en la hoja adjunta.
- 3. El empleador debe llenar la primera sección, con el título "Para ser completado por el empleador"
- 4. El empleador es responsable de verificar toda la información antes de presentarla, particularmente las fechas de vigencia, ya que afectan sus primas del plan de salud.
- 5. El empleador/suscriptor debe llenar las secciones A y B. Vea la columna a la derecha para obtener instrucciones detalladas.
- 6. No olvide firmar y escribir la fecha al final del formulario.
- 7. Una vez que el formulario esté completo (incluyendo la sección para el empleador), el suscriptor debe hacer una copia para sus archivos, y para usar como tarjeta de identificación provisoria después de la fecha de vigencia.
- 8. Todos los cambios en las cuentas, incluyendo las fechas de vigencia y el estado de un hijo o estudiante, se realizarán de conformidad con el acuerdo contractual entre el comprador y Kaiser Permanente.

Instrucciones para completar las secciones para el empleador y de nuevas inscripciones, y las secciones A a D:

Para ser completado por el empleador: El empleador debe llenar todos los campos para asegurarse de que obtengamos la información correcta sobre la cuenta y la inscripción.

Sección A: El suscriptor debe llenar esta sección.

Sección B: El suscriptor siempre debe llenar esta sección. Para ayuda, use el Cuadro de cambios (a continuación).

Sección C: El suscriptor debe indicar el cambio solicitado que se realiza en la cuenta y llenar todos los campos para todos los dependientes que inscriba. Verificaremos la elegibilidad de estos dependientes durante el proceso de inscripción. Asegúrese de incluir cualquier apellido anterior de los cónyuges y dependientes. Indique también el parentesco correspondiente. Solo se debe marcar "estudiante" si el dependiente es un "dependiente mayor de edad" que asiste a una escuela. Comuníquese con su empleador para conocer las reglas para los estudiantes dependientes mayores de edad. Es posible que deba presentar un formulario de *Certificación de estudiante*.

Sección D: El suscriptor debe firmar esta sección y escribir la fecha.

Cuadro de cambios

Agregar dependiente	Fecha del evento
Adquirió la condición de estudiante*	Fecha en la que adquirió la condición de estudiante
Adopción en la familia*	Fecha de la adopción
Pérdida de la cobertura	Fecha de pérdida de la cobertura
Nuevo cónyuge (matrimonio)	Fecha de matrimonio
Nuevo domicilio en el área de servicio	Fecha del cambio de domicilio
Agregar un recién nacido	Fecha de nacimiento
Inscripción abierta	Fecha de vigencia de la inscripción abierta
Eliminar a un dependiente	Fecha del evento
Pérdida de la condición de estudiante	Fecha de cambio de condición
Divorcio	Fecha de divorcio
Fallecimiento del miembro*	Fecha de fallecimiento
Cancelar la cobertura de dependiente(s)	Fecha de cancelación
Inscripción abierta	Fecha de vigencia de la inscripción abierta
Cambio demográfico	Fecha del evento
Cambio de domicilio, cambio de número de teléfono	Fecha de cambio de condición
Cambio demográfico (nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social)	Fecha de cambio de condición

*Es posible que deba presentar documentación adicional.